

# 診療情報提供書（検査依頼書）

君津中央病院

担当科

TEL 0438-36-1069（地域連携室）

FAX 0438-36-0399（地域連携室）

科

次のとおり検査を依頼します。

フリガナ					
患者氏名	_____				性別 男・女
	生年月日	M・T・S・H	年	月	日生（ 歳）
患者住所	_____			電話番号	_____
君津中央病院ID番号	-	-			

※ 検査を依頼する該当項目に○印を付けて下さい。

1 CT検査	部位 脳・その他（ _____ ）	必ず○をつけてください。 ・単純のみ ・単純造影]⇒血清クレアチニン値 ・造影のみ（ _____ ）
2 MR検査	部位 脳・脊椎（頸・胸・腰） その他（ _____ ）	
3 胃内視鏡		
4 腹部超音波	※3～7の検査については	
5 心臓超音波	高校生以上が対象です。	
6 甲状腺超音波		
7 筋電図		

病状（軽・中・重）	酸素（不要・要）
移動（歩行・車椅子・ストレッチャー）	
既往症	虚血性心疾患・緑内障・前立腺肥大症・糖尿病 出血傾向・腎障害・その他（ _____ ）
手術歴（有・無）	有の場合 年頃 術
感染症（内視鏡依頼時にご記入下さい。）	
	HBs抗原（+・-・未）、HCV抗体（+・-・未）
	RPR（+・-・未）
現在の処方（ _____ ）	（ _____ ）
※抗凝固剤の内服（有・無）	
有の場合、検査日前一週間以上内服を中断して（いる・いない）	

症状・治療経過等

年 月 日

住 所 \_\_\_\_\_

病医院名 \_\_\_\_\_

医 師 名 \_\_\_\_\_ 印

TEL \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_